

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 153

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DE
l'Atrophie tabétique des Nerfs optiques

Des Dangers de la Médication iodurée

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Avril 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste NANTERMOZ

Né à Beaufort (Savoie), le 3 Juin 1877



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSEURS

3, rue Stella, 3

1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE

l'Atrophie tabétique des Nerfs optiques

Des Dangers de la Médication iodurée

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 153

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DE

l'Atrophie tabétique des Nerfs optiques

Des Dangers de la Médication iodurée

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Avril 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Auguste NANTERMOZ

Né à Beaufort (Savoie), le 3 Juin. 1877

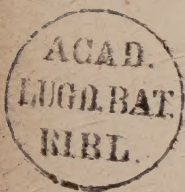


LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, rue Stella, 3

1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	FLORENCE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire.	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	X...

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président* ; M. NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur* ;
MM. BÉRARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de profonde affection
et sincère reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de clinique chirurgicale, Chevalier de Légion d'honneur
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

Les atrophies des papilles tabétiques constituent une de ces affections oculaires graves dans lesquelles toutes les tentatives pour enrayer le progrès du mal et sauver la vue ne sont restées jusqu'à présent que trop souvent sans résultat. Bien qu'elle présente parfois des temps d'arrêt prolongés, cette terrible affection ne rétrograde presque jamais et sa terminaison n'est que trop fréquemment la cécité. Aussi comprenons-nous aisément que les médications les plus variées aient été employées pour arrêter sa marche. En raison des relations aujourd'hui reconnues du tabes et de la syphilis, on a songé immédiatement à soigner les patients par le traitement spécifique, c'est-à-dire par le mercure et par l'iodure.

Dans cette étude nous nous proposons d'insister particulièrement sur l'emploi de l'iodure chez les tabétiques atteints d'atrophie des papilles, et de montrer que l'iodure, malheureusement trop souvent encore prescrit dans ces cas là, est une médication très mauvaise, absolument nuisible à cette catégorie de malades. Nous croyons faire œuvre utile en appelant l'attention des ophtalmologistes sur cette question excessivement intéressante.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

Dans un premier chapitre, nous reproduirons en entier l'article de M. de Wecker, paru en 1899 dans les *Annales d'oculistique*, et qui a trait à la question qui nous occupe.

Un deuxième chapitre sera consacré à l'article que M. le Dr L. Dor, chef de laboratoire de M. le professeur Poncet, a publié dans le *Lyon Médical* du 1^{er} mars 1903.

Dans un troisième chapitre, nous exposerons les opinions d'un grand nombre d'ophtalmologistes éminents, français et étrangers, sur le traitement spécifique de l'atrophie tabétique des nerfs optiques, et surtout sur l'utilité qu'il y a ou non, d'après eux, à employer la médication iodurée dans ces cas là.

Dans un quatrième et dernier chapitre nous essaierons de dégager de cette étude des conclusions pratiques.

Avant d'entrer en matière, nous prions notre éminent maître, M. le professeur PONCET, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, de vouloir bien agréer nos sentiments de profonde reconnaissance.

Que M. le professeur BONDET, dont nous emportons le meilleur des souvenirs, reçoive le témoignage de notre vive gratitude.

Nous associons également à ce respectueux hommage tous nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté, et en particulier MM. les professeurs agrégés VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, ROQUE et Paul COURMONT.

Enfin nous ne saurions oublier, sans être ingrat, M. le Docteur L. DOR, chef de laboratoire de M. le professeur Poncet qui a bien voulu nous confier ce sujet de thèse.

CHAPITRE PREMIER

Le danger du Traitement spécifique dans l'Atrophie tabétique des Nerfs optiques

Par L. DE WECKER

M. de Wecker est le premier qui ait formulé nettement son opinion sur la valeur du traitement spécifique dans l'atrophie tabétique des nerfs optiques. En effet, il fit paraître, en 1899, dans les *Annales d'oculistique*, un article dans lequel il déclarait formellement que le traitement mixte dans ces-cas là, loin d'être utile est plutôt nuisible ! Mais sa publication resta isolée et, actuellement, nous pensons faire œuvre utile en appelant l'attention des ophtalmologistes sur cette question intéressante. Nous reproduisons ci-après, en entier, l'article de M. de Wecker tel qu'il a été publié par cet auteur dans les *Annales d'oculistique* de 1899 :

« De divers côtés l'on signale actuellement les inconvénients du traitement spécifique dans les cas d'atrophie tabétique des nerfs optiques et les discussions récentes

soulevées à ce sujet, comme celle de la Société de Médecine Berlinoise, pourraient laisser croire qu'il s'agit là d'une observation faite tout récemment.

« Depuis longue date j'ai renoncé à tout traitement débilitant chez les tabétiques. Dans ces dernières années, ce n'est donc pas sur mes propres malades que mon opinion a pu encore davantage s'affirmer, mais bien en observant des tabétiques soignés par des confrères et qui, découragés, venaient me consulter. Il n'en est pas un seul qui ne m'ait affirmé que le déclin de sa vue a été activé dans une proportion très sensible à partir du moment où il a été soumis au traitement spécifique.

« Après avoir lu que M. Stadelmann, dans la discussion qui a lieu à la Société de Berlin (6 juillet 1898) affirme, qu'il a eu recours chez un « certain nombre » de malades, au traitement spécifique sans inconvénient et qu'il a eu une guérison chez un ataxique, je crois pouvoir lui déclarer sans hésitation aucune, qu'il n'a pas observé assez longtemps ses malades, sans quoi, il aurait forcément reconnu déjà le très grand inconvénient du traitement institué, en ce sens qu'il ne guérit pas, mais hâte la perte de la vue. Quant à son unique cas de guérison, nous lui répondrons qu'il s'agit là d'une erreur de diagnostic, car, en dépit de toutes les publications faites à ce sujet, je maintiens ce que je soutenais déjà en 1889 (*Traité complet*, t. IV, page 545) que « le premier ataxique est encore à guérir », opinion que j'ai vu Charcot partager dans une consultation que j'eus avec lui, très peu de temps avant sa mort.

« Il est vraiment décourageant de voir combien peu profite aux malades l'expérience acquise par ceux qui

ont cependant été à même d'observer un très grand nombre de cas. Ainsi, ce n'est que maintenant que de divers côtés l'on signale les inconvénients du traitement spécifique dans les complications du tabes et l'on présente cela comme un point absolument nouveau, digne de soulever la discussion dans les Sociétés savantes.

« Pourtant, il y a près de dix ans que nous avons publié dans notre (Traité, t. IV, page 546) : « Qu'on « veuille bien s'abstenir de tout emploi de mercuriaux « et d'iodure de potassium, même si le malade avoue « son infection syphilitique antérieure » recommandation que nous faisons précéder (*Ibid.* p. 544) de ces lignes : « Nous pouvons affirmer de la *manière la plus* « *positive*, que cette affection n'est pas seulement ré- « fractaire au traitement spécifique, mais aussi que, « lorsque la maladie ne se trouve qu'ébauchée, tout « traitement mercuriel ou à l'iodure de potassium active « manifestement la marche de l'affection. »

« C'est cette influence funeste du traitement spécifique qui nous a en partie engagé à nous prononcer contre l'origine syphilitique de l'ataxie, traitement, qui pour cette affection offre « une toute autre manière de « se comporter qu'il ne l'a pour toutes les autres manifestations de ce genre. »

« Nous contredira-t-on si nous maintenons encore aujourd'hui ce que nous avons publié il y a près dix ans (t. IV, page 544) : « qu'on n'a pas guéri un seul malade « depuis que l'on veut avoir découvert que l'ataxie est « le plus souvent spécifique » ? Et le traitement spécifique institué depuis des siècles a-t-il empêché un seul individu infecté de devenir ataxique, les en empêche-t-il

d'avantage depuis que l'on rattache le tabes à la syphilis?

« Qui ne connaît l'énorme disproportion des ataxiques, suivant qu'il s'agit du sexe masculin ou féminin, disproportion qui est encore bien plus accusée pour la dégénérescence grise des nerfs optiques, puisque l'on rencontre à peine 10 à 15 femmes sur 100 cas d'atrophiques par tabes? Pourtant la syphilis n'est-elle pas assez répandue entre les deux sexes? Sans donc, avoir besoin de recourir au conseil donné par Virchow (séance du 6 juillet de la Société de Médecine Berlinoise) s'exprimant ainsi : « au lieu de chercher à savoir, comme « on le fait généralement, combien de tabétiques ont « eu la syphilis, on devrait se demander plutôt quelle « est la proportion de syphilitiques qui deviennent tabétiques. » Nous pouvons dès à présent, déclarer que fort peu de femmes infectées deviennent ataxiques et que pour devenir ataxique de nature spécifique, il ne suffit pas d'être infecté, mais qu'il faut encore appartenir au sexe fort, qui en cela, ne révèle pas sa force.

« On pourrait objecter avec quelque apparence de raison, que les femmes syphilitisées sont en général bien moins exposées aux localisations dans les centres nerveux que les hommes, mais si pareilles manifestations infectieuses ont lieu, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, elles montrent toujours nettement le caractère anatomo-pathologique de la syphilis.

« Or, il en est tout autrement pour ce qui concerne les changements anatomiques que provoque le tabes, ici rien absolument ne rappelle, même au début et particulièrement du côté des nerfs optiques, les manifestations

que provoque dans les centres nerveux l'infection spécifique.

« Nous avons encore soutenu dans notre traité, que la dégénérescence grise, surtout lorsqu'elle débute dans les nerfs optiques, est une affection absolument locale, à laquelle peut se joindre ultérieurement une autre manifestation du même genre, mais aussi absolument localisée dans la moelle ou les centres, ce qui jure ainsi singulièrement, avec une manifestation infectieuse comme la fournirait la syphilis. Wirchow, une des plus grandes autorités en anatomie pathologique, ne déclare-t-il pas : « s'il existe une affection exclusivement locale, le tabes en est à coup sûr le type. »

« Il serait vraiment opportun de méditer la parole du vieux maître qui, lui, est « un peu effrayé de l'extension de plus en plus grande prise par la syphiligraphie » et qui se demande « en ce qui concerne le tabes en particulier, quelle bonne raison on peut alléguer pour admettre qu'il soit d'origine syphilitique. »

« M. Fournier, auquel nous devons cette affirmation de la nature spécifique de l'ataxie, conception en tous cas absolument stérile au point de vue thérapeutique, vient, pour une affection d'une étiologie très complexe, le strabisme, d'invoquer comme origine la syphilis héréditaire (séance de l'Académie de Médecine du 12 juillet 1898). Cet éminent syphiligraphe aurait rencontré, sur 52 enfants hérédo-syphilitiques, 21 strabiques, ce qui l'engage, pour le strabisme, à ouvrir une nouvelle voie étiologique, dans laquelle, je pense, fort peu d'ophtalmologistes voudront le suivre.

« En opposition avec un récent travail de M. Anto-

nelli, qui lui voit partout des stigmates d'hérédo-syphilis, je rappellerai que, s'il existe une maladie oculaire au sujet de laquelle tout le monde s'entend pour lui reconnaître comme origine la syphilis héréditaire, sinon dans la généralité, du moins dans la très grande majorité des cas, c'est certes la kératite parenchymateuse ; eh bien, je demanderai à mes collègues ophtalmologistes combien ils ont rencontré, parmi les enfants atteints de cette affection, de strabiques, et remarquez que, lorsque la kératite reste pendant quelque temps unilatérale et éclate chez des hypermétropes, il existe de ce fait même une prédisposition au strabisme.

« Pour mon compte, sur des milliers de cas observés dans ma pratique déjà longue, je ne me souviens pas en avoir observé plus de deux ou trois cas. Voilà qui ne tend guère à démontrer le rôle de la syphilis héréditaire dans la production du strabisme.

« L'opinion que le strabisme serait hérédo-spécifique, même si, grâce à la grande autorité de celui qui l'a émise, elle venait à se répandre en dépit des faits que je rapporte, pourrait laisser les ophtalmologistes indifférents, car quelle influence cette vue théorique pourrait-elle exercer sur la cure du strabisme ? Elle ne modifierait en rien le traitement chirurgical et orthoptique de cette affection, pas plus, du reste, que ne l'ont pu modifier les étranges raisonnements qui ont été récemment présentés au sujet de la nature même du strabisme, bien que ces vues nouvelles, en s'écartant des idées anciennes, eussent pourtant dû influencer bien davantage le mode d'intervention.

« Il n'en a, hélas ! pas été de même de l'opinion, attri-

buant une origine syphilitique à l'ataxie, et nous pouvons sans hésiter affirmer que, chez bien des malheureux, elle a abrégé la jouissance de la vue, en hâtant l'évolution d'un mal inexorable.

« Loin donc que les malades aient profité de ces recherches statistiques, cette découverte, que des sommités médicales comme Charcot, Virchow et autres, ont cependant toujours combattue, a été désastreuse pour les 12 à 13 % des ataxiques qui sont atteints d'atrophie des nerfs optiques.

« J'ai, dans mon traité (t. IV, p. 540), insisté sur cette remarquable particularité que, « même pas le neuro-
« logue dispose de moyens plus précis pour se renseigner sur la marche progressive d'une affection, que
« nous le possédons par l'examen de l'acuité et du
« champ visuel, ainsi que du sens des couleurs », c'est pour cette raison aussi que ceux de nos confrères qui suivent attentivement les effets du traitement spécifique chez les ataxiques peuvent se prononcer aussi catégoriquement que nous le faisons sur les conséquences désastreuses de pareil traitement.

« Donc, lorsqu'un malade se présente avec une affection que nous sommes impuissants à guérir et chez lequel notre intervention ne peut avoir d'autre but que de retarder la marche progressive du mal et de favoriser la production de temps d'arrêt, ainsi que cela arrive même quelquefois spontanément, qu'il nous soit encore permis à nouveau, en pareil cas, d'insister sur cette règle, qu'il doit être absolument défendu, en se guidant sur un pur raisonnement statistique, — et à combien d'erreurs la statistique ne nous entraîne-t-elle pas par-

fois — de soumettre ces malades à un traitement qui, de l'avis de confrères compétents, expérimentés et dignes de foi, ne peut qu'activer le mal.

« Tout particulièrement, chez les malheureux ataxiques, il ne faut pas oublier que nous devons éviter soigneusement tout ce qui peut leur nuire, puisqu'il nous est connu d'avance que rien au monde ne peut actuellement sauver des ténèbres ceux atteints de dégénérescence grise des nerfs optiques. »

CHAPITRE II

Traitement de l'Atrophie tabétique des Nerfs optiques

(Par M. le docteur L. DOR)

M. L. Dor, chef de laboratoire de M. le professeur Poncet, ayant eu, ces dernières années, l'occasion de soigner plusieurs tabétiques atteints d'atrophie des nerfs optiques, a remarqué que, chez ces malades, le traitement ioduré était plutôt nuisible qu'utile. Tout récemment, il a publié dans le *Lyon Médical* un article dans lequel il fait observer que le traitement ioduré dans ces cas-là, loin d'améliorer les malades, semble plutôt aggraver leur mal, et que, dans de telles conditions, il vaut beaucoup mieux ne pas le prescrire. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la publication de M. L. Dor, suivie de la discussion qui eut lieu à ce sujet à la Société de Médecine des hôpitaux de Lyon. Voici ce que dit M. L. Dor :

« Si l'atrophie tabétique est encore une affection sur

laquelle nous n'avons aucuné prise, s'il n'est pas en notre pouvoir de l'arrêter, il n'est pas absolument certain que nous ne puissions pas en hâter l'évolution. M. de Wecker s'est toujours posé en adversaire absolu du traitement spécifique et sa dernière publication à ce sujet est encore plus catégorique que les autres.

« Il est à remarquer qu'alors que de divers côtés on signale des cas de guérison d'affections tabétiques et autres par les méthodes intensives que l'on préconise de nos jours, on ne signale pas de guérison d'atrophie des nerfs optiques qui entraîne la conviction. Seul, Babinski, à la Société de Neurologie, cite deux cas où le traitement mixte intensif semble avoir eu un résultat heureux; mais, en dehors de ces deux observations, on dirait que l'atrophie tabétique des nerfs optiques n'existe plus, tant on en parle peu. C'est probablement que l'on n'a pas grand'chose de bien nouveau à en dire.

« La publication de Wecker, à laquelle j'ai fait allusion tout à l'heure, venait de paraître, lorsque le hasard me procura l'occasion d'observer simultanément trois malades qui devenaient rapidement aveugles et qui accusaient tous les trois l'iodure de leur être nuisible, et effectivement en supprimant ce médicament j'eus dans les trois cas l'impression que M. de Wecker avait dit vrai et que l'iodure faisait plus de mal que de bien.

« Depuis quatre ans, j'ai observé douze tabétiques atteints d'atrophie en évolution, six d'entre eux avaient déjà pris de l'iodure à haute dose, et sur ces six, quatre étaient déjà aveugles à peu près complètement lorsqu'ils sont venus me voir, les deux autres y voyaient encore un peu, et en leur supprimant le médicament, j'ai vu la

lésion progresser peut-être un peu plus lentement ; les six autres malades n'avaient encore rien pris ; c'étaient des malades chez lesquels l'affection débutait ; je leur interdis absolument l'iodure et leur prescrivis : aux uns du phosphure de zinc, à la dose de 4 milligrammes ; aux autres de l'hypophosphite de strychnine, à la dose de 3 milligrammes par jour. Chez trois de ces malades, l'affection s'arrêta au point où elle en était, et cet état stationnaire, qui leur permet à tous les trois de lire très couramment, bien que leurs papilles soient blanches, dure chez un malade depuis trois ans ; chez les deux autres, depuis le mois de juin de l'année dernière. Un quatrième malade devint paralytique général et mourut ; il n'avait jamais pris aucun traitement. Un cinquième, qui avait un surmenage considérable, est devenu aveugle, et le dernier est encore trop récent pour que je puisse en parler. Il est impossible de ne pas se dire immédiatement qu'une amélioration, dans trois cas sur six, est certainement une simple coïncidence, et que j'ai eu une série heureuse, mais je crois devoir faire connaître néanmoins ces faits sans leur accorder moi-même plus d'importance qu'il ne convient, parce qu'ils semblent être sur une très petite échelle une confirmation de la thèse que soutient un clinicien de la valeur de M. de Wecker, en se basant sur un beaucoup plus grand nombre d'observations.

« Il ne faut pas oublier que le nerf optique passe dans un canal étroit où il peut être insuffisamment vascularisé sous des influences vaso-motrices que nous ne connaissons pas.

« Ainsi, j'accuse l'iodure de faire aux atrophies.

optiques plus de mal que de bien. Quant au mercure, je puis dire ceci, c'est que parmi les trois malades qui ont vu leur mal s'arrêter, deux n'en ont pas pris, mais le troisième s'est fait des frictions. Son médecin a bien voulu que je lui interdise l'iodure, mais il a tellement insisté pour le mercure, que j'ai cédé, et il a dû avoir la conviction que le médicament avait été utile, comme j'ai eu, de mon côté, la conviction qu'il avait été inutile. Dans tous les cas, il n'a pas fait de mal. J'ajoute que les trois malades ont été condamnés au repos absolu dans une chambre noire, pendant le premier mois de leur traitement, et que je conseille en général aussi des bains quotidiens à 30 degrés, et même, dans un cas récent dont je parlerai ultérieurement, à 24 degrés, et que le peu que j'ai vu des bains chauds (38°) me les fait juger assez sévèrement.

« Je désirerais que cette courte note soit une amorce pour d'autres communications, et si mes confrères ont observé des cas où il s'est produit un arrêt complet du mal chez des malades traités à l'iodure, il serait, je crois, intéressant qu'ils les fassent connaître. En ce qui me concerne, je ne me souviens pas d'en avoir jamais vu ».

M. MARDUEL. — Dans les cas semblables, le mercure est-il aussi nocif que l'iodure ? M. Dor n'a pas donné le mercure ; il ne croit pas ce médicament nuisible, mais il ne le croit pas non plus utile.

M. GRANDCLÉMENT. — Comme M. Dor, j'avais abandonné tout traitement mixte, dans les cas d'atrophie tabétique du nerf optique, en cours, lorsqu'il m'arriva, il y a quatre ans, de guérir radicalement par le mercure, un tabes bien caracté-

risé, et compliqué déjà des troubles fonctionnels de la vision, sinon des signes ophtalmoscopiques de l'atrophie de la papille optique.

Il est vrai qu'il s'agissait, en l'espèce, d'un homme jeune encore (35 ans), ayant contracté la syphilis dix ans auparavant seulement.

Depuis lors, j'ai repris espoir et surtout confiance en l'efficacité du traitement mercuriel dans les cas d'atrophie tabétique au début.

Lorsque le malade est jeune et que l'infection syphilitique n'est pas trop ancienne, de 10 à 15 ans, je me contenterai du traitement général par les sels de mercure, en particulier par l'hermophényl. Mais lorsque le malade dépasse la cinquantaine et surtout que l'infection date de 20 ans au moins, je me propose d'adjoindre désormais au traitement général un traitement local par des injections mercurielles portées aussi près que possible du nerf optique, voire même dans la gaine de ce nerf, si je le puis, en arrière du globe oculaire.

Ce qui m'a suggéré l'idée d'agir ainsi, ce sont les brillants résultats que nous obtenons avec les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, dans les cas de choro-rétinite atrophique, qui sont probablement des manifestations généralement héréditaires ou même ataxiques de la syphilis.

Or dans ces cas, les injections pratiquées sur l'hémisphère antérieur du globe suffisent à aller imprégner la région malade, parce que l'espace situé entre la choroïde et les couches externes de la rétine est très accessible à ces injections par l'intermédiaire des larges communications qu'il affecte avec les systèmes lymphatiques extra et intra-oculaires.

Mais il n'en est pas de même pour les couches internes de la rétine, celles précisément sur lesquelles débute le processus atrophique du tabes dans l'œil; ces couches ne sont plus en communication avec les lymphatiques auto-oculaires; et ici il faut, comme pour le décollement de la rétine, porter l'agent curatif aussi près que possible du nerf optique et de son épanouissement à la surface interne de la rétine.

Quoiqu'il en soit de ces prévisions, je ne puis que corroborer ce qui a été dit sur les dangers et les abus de l'iodure ; dans ces cas, ce sont les préparations mercurielles seules qui conviennent et doivent être essayées. L'iodure ne fait que fatiguer inutilement le malade et le plus souvent aggrave la situation.

Dans tous les cas, ce qui doit bien ressortir de cette discussion, c'est qu'en présence des piètres résultats obtenus jusqu'à ce jour vis-à-vis du tabes et de l'atrophie tabétique du nerf optique déclarés, il faut prévenir ces accidents, en engageant tout syphilitique à se traiter toute sa vie ; pour cela il n'a qu'à prendre un peu de mercure deux ou trois fois par an, pendant une dizaine de jours.

J'ai la conviction qu'avec cette précaution, il ne lui arriverait rien, surtout pas de tabes.

M. DESTOT pose la question de l'opportunité du traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques. On sait que lorsqu'un tabétique devient aveugle, le tabes est généralement arrêté dans son évolution : ce fait bien démontré conduirait à ne pas chercher la guérison de l'atrophie des nerfs optiques.

D'autre part, M. Destot rappelle le fait bien connu dans les hôpitaux de Lyon, d'un tabétique complètement aveugle, qui a recouvré la vue simplement à la suite de la suspension.

M. L. DOR répond que les malades qu'il voit viennent lui demander de leur rendre la vue et qu'il serait mal venu à leur conseiller de ne rien faire.

Il signale une particularité qu'il a très généralement observée chez ces tabétiques aveugles : il paraissent avoir la crainte de la lumière et presque toujours ils se promènent en portant des lunettes noires.

Quant au traitement local dont a parlé M. Grandclément, M. Dor l'a déjà employé plusieurs fois, mais sans succès.

Il ne nie pas l'utilité de la suspension et il connaît les cas de guérison par cette méthode auxquels on a fait allusion.

M. MONOYER. — Peut-être ces tabétiques aveugles qui portent des lunettes noires n'éprouvent-ils ainsi qu'une sorte d'auto-suggestion.

M. DOR a demandé à ces malades pourquoi ils portaient des lunettes noires, puisqu'ils étaient aveugles : toujours ils ont répondu que la lumière leur était désagréable.

M. PONCET. — J'ai vu plusieurs fois un de nos collègues les plus distingués, devenu complètement aveugle, venir à l'Académie de médecine avec des lunettes noires. Les vrais aveugles ont des sensations lumineuses d'un certain genre qui peuvent leur être désagréables.

M. DOR a montré les inconvénients de l'iodure dans le traitement de l'atrophie optique ; il faut aussi signaler les contre-indications et les dangers de ce médicament dans certaines affections chirurgicales. C'est ainsi que dans les épithéliomas de la cavité buccale, de la langue entre autres, lorsque l'on suppose des lésions actinomycosiques ou spécifiques, ce traitement peut être des plus funestes. S'il s'agit d'un néoplasme vrai, on constate alors une aggravation de l'état local et parfois une rapide cachexie ; si l'on vient à cesser l'iodure, on assiste souvent à une sorte de reviviscence.

On peut voir l'iodure dans des cas semblables produire de véritables phénomènes de sphacèle. Les malades exhalent par l'haleine une odeur fétide. Par conséquent dans ces cas, dès qu'on a usé de l'iodure comme d'une pierre de touche, il faut rapidement en cesser l'usage, si l'on ne voit pas d'amélioration se produire.

M. HORAND. — Tous les dermatologistes sont du même avis à l'égard des affections de la langue.

M. SOULIER. — Dans le traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques, les révulsifs paraissent contre-indiqués. Il a vu un cas où, à la suite de l'application d'un séton, la cécité fut complète en 48 heures. Il ne peut pas dire si la

marche du tabes fut modifiée par l'apparition de cette cécité ; mais il est certain que la médication révulsive paraît nuisible au point de vue de la lésion des nerfs optiques. Quant à l'iodure, il est également d'avis qu'il peut faire beaucoup de mal lorsqu'il n'est pas indiqué ; par suite, il faut en suspendre très vite l'usage, lorsque l'indication n'est pas formelle. Il croit le mercure plus utile ; les organes des sens, comme le cerveau, demandent beaucoup plus le mercure que l'iodure.

CHAPITRE III

Opinions actuelles des Ophtalmologistes sur le Traitement mercuriel et ioduré dans les cas d'Atrophie tabétique des Papilles.

Sur une question aussi controversée que celle du traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques, nous avons pensé qu'il était nécessaire de ne pas nous contenter de quelques opinions, mais de mettre en parallèle celles d'un grand nombre d'auteurs. Aussi est-ce dans ce but que nous avons fait appel à la compétence d'ophtalmologistes éminents, français et étrangers, afin de connaître leur avis personnel sur ce sujet. Tous, et nous sommes heureux de le signaler ici, ont mis le plus grand empressement à nous faire part de leurs impressions personnelles sur ce point.

En répondant à la lettre que nous leur avons adressée individuellement et dans laquelle nous leur demandions leur opinion sur l'article de M. de Wecker et sur ce qu'ils pensaient du traitement mercuriel et ioduré sur-

tout, dans les cas d'atrophie tabétique des nerfs optiques, ils ont contribué pour une très grande part à rendre notre travail à la fois plus facile et plus intéressant. Aussi avant d'aller plus loin, nous voulons pour remplir un devoir de justice dont notre cœur ne saurait nous dispenser, offrir à tous ces maîtres, nos remerciements les plus sincères, ainsi que l'hommage ému de notre profonde reconnaissance.

Nous allons reproduire ci-après les opinions des nombreux ophtalmologistes qui ont bien voulu nous répondre.

M. le docteur Masselon nous écrivant au nom de M. de Wecker nous fait connaître que cet auteur est toujours convaincu que le traitement spécifique est absolument néfaste dans l'atrophie des nerfs optiques de cause tabétique.

Pour M. de Lapersonne, de Paris, à côté de l'atrophie grise de la période confirmée de l'ataxie locomotrice, il existe des atrophies à marche plus ou moins rapide :

1° Dans la période préataxique ; 2° dans la période appelée longtemps le *tabes cervical*, qui ne s'accompagne pas d'incoordination ; 3° dans une classe de syphilitiques où avec les signes du côté du nerf optique, on trouve des paralysies oculaires et le signe d'Argyll Robertson. Pour cet auteur la conduite doit être différente suivant les cas.

Dans l'ataxie confirmée, le traitement spécifique est peu efficace et on doit éviter de fatiguer les malades par un traitement inutile.

Dans la période préataxique au contraire et dans les formes frustes, il est convaincu qu'il faut donner le trai-

tement mercuriel, au moyen des injections d'huile bi-iodurée ou de calomel. Il ne croit pas à l'utilité de l'iodure de potassium dans ces cas, et il craindrait fort de compromettre l'estomac de ses malades.

Au bout de 20 à 25 jours, il donne pendant 15 jours de la strychnine et il recommence une nouvelle série de piqûres. Pendant tout le temps du traitement il fait de l'électricité à courants continus.

M. Lagrange, de Bordeaux, dit que l'atrophie tabétique des nerfs optiques est incurable et que tous les traitements préconisés contre elle, sont également insuffisants. Il est convaincu qu'on a souvent fait du mal aux malheureux patients en leur faisant suivre un traitement spécifique à hautes doses et ce traitement ne lui paraît acceptable que lorsque le tabes manifestement d'origine syphilitique n'a pas encore intéressé la vision, c'est-à-dire qu'il ne lui paraît utile qu'à titre préventif. Aussitôt que l'atrophie est déclarée, il y a lieu de le suspendre et de se contenter d'un régime tonique, particulièrement des toniques du système nerveux : glycéro-phosphates, lécithines, etc.

D'après M. Lagrange, l'atrophie du nerf optique va d'ailleurs plus ou moins vite selon que les sujets souffrent plus ou moins de leur ataxie. Il y a, dit-il, une sorte d'opposition entre la diminution rapide de l'acuité et l'importance des douleurs. Les tabétiques qui ne souffrent pas, quoi qu'on fasse, perdent la vue très vite, aussitôt que l'atrophie est commencée.

M. Dianoux, de Nantes, n'a jamais vu la médication spécifique produire aucune amélioration dans l'atrophie grise des nerfs optiques. Tandis que le traite-

ment mercuriel lui a paru indifférent, le traitement iodé lui a toujours paru plutôt nuisible, et il partage entièrement l'opinion de M. de Wecker sur ce sujet. Il prescrit surtout les reconstituants indiqués dans ces cas : huile de foie de morue, poissons, cervelles, et de temps en temps il fait des injections de strychnine. Par contre si l'atrophie est de cause inflammatoire, c'est-à-dire infectieuse, l'iode est indiquée comme pierre de touche ; quand il y a doute, il pratique une injection de pilocarpine ; s'il s'agit d'un tabétique, il est pris immédiatement d'un spasme vésical des plus pénibles ; c'est à son avis un signe précieux, caractéristique du tabes au début. Il déclare qu'il ne l'a jamais vu manquer.

M. Rohmer, de Nancy, n'a jamais vu le traitement spécifique amener la moindre amélioration dans les cas d'atrophies papillaires tabétiques, d'origine spécifique ou non. Pour prouver que le traitement a été nuisible, il faudrait, dit-il, pour chaque cas, savoir quelle a été son évolution, sans intervention thérapeutique. En tous il est pour lui bien avéré que le traitement spécifique, en pareils cas, ne produit absolument rien. Il déclare qu'il n'a pas eu plus de succès avec toutes les autres médications. Entre autres, il a expérimenté sur une vaste échelle (50 cas environ) les injections sous-cutanées de sérum de Chéron, sans obtenir davantage. Il a fait une fois la sympathectomie pour essayer d'arrêter sur un œil le processus atrophique du nerf optique. Cette intervention n'a pas eu la moindre influence, ni en bien, ni en mal, car les deux yeux qui étaient pris au même degré ont continué à évoluer exactement de la même façon et parallèlement.

M. Truc, de la Faculté de Montpellier, ne partage pas l'opinion de M. de Wecker relative à la nocivité de l'iodure dans le tabes. En dehors de quelques troubles gastriques qui le contre-indiquent parfois et qui obligent, dit-il, à se rabattre plus largement sur les injections mercurielles et cacodylées, il n'a jamais observé de troubles fâcheux. Pour lui, l'iodure ne fait ni bien, ni mal, comme la plupart des autres médications.

M. le Docteur Motais, d'Angers, dit qu'il a le souvenir très net d'un assez grand nombre de cas, d'origine syphilitique, traités au début, dans lesquels le traitement mercuriel a maintenu pendant de longues années ou même amélioré l'atrophie commençante. Son traitement a consisté surtout en sirop de Gibert ou plutôt en sirop de biiodure de mercure, car depuis plus de dix ans, il n'attache plus qu'une importance très secondaire à l'iodure de potassium dans le traitement spécifique. Les injections sous-conjonctivales de sublimé lui ont aussi donné des résultats, moins brillants que dans certaines névrites optiques, mais qui n'ont pas été douteux dans quelques cas par la brusque suspension dans la diminution de la vision ou même par une augmentation rapide de la vision. Il conseille donc le traitement spécifique au début des atrophies optiques, et il ajoute que le danger d'un tel traitement ne lui est jamais apparu.

M. Abadie, de Paris, déclare qu'il ne partage pas l'opinion de M. de Wecker. Il dit que depuis longtemps il emploie sur une vaste échelle les injections sous-cutanées de sels mercuriels solubles et en particulier les injections intra-veineuses de cyanure de mercure et

qu'il en a obtenu de bons résultats. Il en est, dit-il, du tabes comme de la paraplégie spasmodique. Bien que MM. Marie et Brissaud aient dit que dans cette manifestation, les frictions mercurielles sont plus nuisibles qu'utiles, il prétend en avoir guéri, par les injections intra-veineuses, qui avaient résisté à tous les autres traitements.

Il rappelle que dans la discussion de la Société de Neurologie (Années 1901-02) Babinski et bien d'autres recommandent les injections mercurielles dans le tabes et autres lésions médullaires ; et tous, dit-il, s'accordent à reconnaître que les formes malignes du tabes ont beaucoup diminué depuis qu'on les traite de cette façon.

M. Deschamps, de Grenoble, déclare qu'il est de l'avis de M. le professeur Fournier au sujet de la nature parasphilitique du tabes. On n'a jamais, dit-il, enrayé autant de tabes que depuis qu'on le traite par la médication hydrargyrique intensive. Pour son compte il traite énergiquement par le mercure en injections intramusculaires les atrophies des nerfs optiques. Il ajoute qu'il a de nombreuses observations d'amélioration très notable et surtout de cas où le mal a été enrayé. Par contre, il n'administre pas l'iodure dans ces cas ; il le croit inutile et impuissant.

M. Baudry, de la Faculté de Lille, dit que l'atrophie tabétique étant, dans les deux tiers des cas au moins, de nature franchement spécifique, est à priori justiciable du même traitement. Sous l'influence de ces idées, il a soumis les malades au traitement mixte, et dans la plupart des cas, il a constaté, une amélioration souvent,

un temps d'arrêt toujours, dans l'évolution de la maladie. Même amélioration avec le traitement ioduré seul, lorsque le sujet avait été auparavant suffisamment hydrargyrisé. Il est vrai, dit-il, que dans le cours du tabes, on observe parfois, en dehors de tout traitement spécifique, des périodes d'arrêt dans les autres symptômes. Il conclut en disant que la guérison de l'atrophie tabétique est hélas, exceptionnelle, mais il ne pense pas que le traitement spécifique, sagement surveillé, puisse aggraver la situation.

M. Gayet, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de Lyon, nous a fait une communication orale sur ce qu'il pense du traitement mixte dans l'atrophie tabétique des nerfs optiques. Il ne croit pas à l'efficacité du mercure, ni à celle de l'iodure dans ces cas là. Toutefois il ne pense pas que ce traitement soit préjudiciable au malade.

M. le Docteur Rollet de Lyon constate que la thérapeutique que l'on peut appliquer dans les cas d'atrophie tabétique des nerfs optiques se réduit à bien peu de chose. Il ne croit pas à l'action du mercure, ni à celle de l'iodure. Toutefois, dans ces cas là il prescrit à ses malades de l'iodure de sodium. Il dit qu'il n'a jamais constaté la nocivité de l'iodure; cependant il admet fort bien que l'iodure peut occasionner de temps à autre des poussées congestives. M. Rollet donne également de la strychnine.

D'après M. le Docteur Fage d'Amiens, l'influence d'un traitement sur l'atrophie tabétique des nerfs optiques est fort difficile à apprécier, en raison des variations que peut présenter la marche de l'affection et des

temps d'arrêt naturels auxquels elle est sujette. Il dit qu'il est certain qu'on a abusé dans ces vingt dernières années du traitement spécifique et qu'on devrait le réserver aux seuls cas de syphilis avérée. Il ajoute que telle est, dans sa pratique, la conduite qu'il tient, en employant de préférence les injections hypodermiques de cyanure de mercure, l'iodure trouvant des applications plus générales.

Réservé aux cas syphilitiques le traitement spécifique ne lui paraît pas nuisible, mais ajoute-t-il, peut-on dire qu'il soit avantageux, puisque l'atrophie progresse malgré lui et aboutit à la cécité? C'est ce qui arrive d'ailleurs, dit-il, avec les divers traitements employés contre l'atrophie papillaire (injections d'antipyrine, de phosphates, de strychnine, électricité, etc...)

M. Couëtoux, de Nantes, déclare qu'il a vu une seule fois dans un tabes d'origine spécifique récente, l'iodure agir, puis il a cessé d'agir, quand l'affection est devenue nettement tabétique. Il lui a semblé que certains cas d'aspect tabétique d'atrophie des nerfs optiques étaient heureusement influencés par l'ergot de seigle à la dose de 0,20 à 0,25 centigrammes, matin et soir.

M. Dagenet, de Besançon, a traité un certain nombre d'atrophies papillaires tabétiques par le mercure et l'iodure de potassium. N'ayant jamais obtenu de résultat favorable, il a complètement abandonné cette pratique. Il ajoute qu'il n'a jamais employé que des doses relativement peu élevées (soit 3 gr. de pommade mercurielle en frictions et 1 à 2 gr. d'iodure de potassium par jour). Il n'a jamais fait usage d'injections mercurielles, ni employé de traitement iodo-mercuriel intensif.

M. le Docteur Galezowski, de Paris, dans une de ses leçons cliniques d'ophtalmologie consacrée au traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques, fait remarquer que nous arrivons généralement trop tard avec notre traitement quand la dégénérescence grise des fibres optiques et des centres visuels a pris une trop grande extension et une importante évolution.

D'après cet auteur, il faut se préoccuper de deux points principaux : d'une part découvrir le mal du nerf optique avant que l'ophtalmoscope ne le démontre : d'autre part choisir parmi les médicaments anti-vénériens, puisqu'on admet que l'ataxie est presque toujours d'origine syphilitique, celui qui agira le plus efficacement et le plus promptement dans ce mal. Il reconnaît qu'il est trop tard de commencer le traitement quand l'atrophie de la papille optique devient visible à l'ophtalmoscope. Et, en effet, pour commencer le traitement au moment où l'atrophie des papilles est visible, il existe déjà une lésion déclarée, progressive des fibres nerveuses, qui marche rapidement et nous empêche par conséquent d'arrêter le mal à temps et de sauver la vue. Pour que le traitement anti-syphilitique puisse donner des résultats satisfaisants, il faut pouvoir reconnaître le mal assez tôt.

M. Galezowski se base pour faire ce diagnostic précoce sur l'existence des symptômes fonctionnels, tels que la diminution concentrique du champ visuel et l'affaiblissement de la vision. Il existe d'autres signes, sur l'importance desquels il insiste et dont il a constaté la présence dans un grand nombre de cas. Ce sont des scotomes dyschromatiques disséminées dans les diffé-

rentes parties du champ visuel, des scotomes en bandes circulaires, semi elliptiques ou en plaques. Il reconnaît ces signes à l'aide d'une lanterne transparente à couleurs principales du spectre, à l'aide de laquelle on peut définir l'existence de scotomes colorés dans le champ visuel des individus soumis à cet examen.

M. Galezowski déclare qu'il a la conviction intime que si nous reconnaissons l'atrophie de la papille à son début et avant que la destruction des fibres optiques se soit produite, nous aurions obtenu un grand nombre de guérisons par un traitement antisyphilitique énergique.

Toutes les fois que cet auteur constate les scotomes périphériques et tous les autres signes qu'il donne en faveur de l'atrophie des papilles naissante, il soumet son malade le plus tôt possible, au traitement antisyphilitique par les frictions mercurielles. Il insiste d'une manière particulière sur cette méthode de traitement qui joue, selon lui, un rôle on ne peut plus important, dans la thérapeutique oculaire.

Il déclare qu'il a expérimenté le traitement par les pilules mercurielles, par le sirop de Gibert, par l'iodure de potassium, etc., le tout, pendant sept ou huit mois consécutifs, et toujours il était frappé du peu d'influence de la médication. Il a fait les mêmes essais sur d'autres malades avec l'emploi des pilules mercurielles sous forme de sublimé ou de proto-iodure de mercure pendant deux années consécutives et toujours sans résultat.

C'est en présence de ces insuccès qu'il s'est décidé à pratiquer dans ces maladies rien que les frictions mer-

curielles à la dose de 2 grammes par jour sur les différentes parties du corps. Il ajoute que cette méthode lui a complètement réussi, et sans exception, dans tous les cas, mais à une condition, qu'il regarde comme absolue, c'est que ce traitement doit être prolongé pendant deux années consécutives.

Enfin M. Galezowski conclut que lorsque le traitement spécifique ne réussit pas, c'est qu'il n'a pas été commencé à temps, ou qu'on ne l'a pas continué assez longtemps. Donc pour lui ce n'est pas le médicament, mais la manière de l'appliquer, qu'on doit incriminer en cas d'insuccès. Quant à l'iodure il en désapprouve complètement l'emploi.

M. Marc Dufour, de Lausanne, est d'avis que le traitement antisyphilitique est encore le moins mauvais traitement des atrophies tabétiques des nerfs optiques lorsqu'on a la chance de constater une infection certaine 10 ou 12 ans avant ou une infection ancienne vivifiée par une maladie fébrile récente, scarlatine, grippe, etc....

Il raconte qu'il a eu trois cas dans lesquels le traitement mercuriel (toute la gamme, frictions et iodure) a arrêté l'atrophie et cet arrêt a été fixé par la mesure du champ visuel. Il ajoute que ces cas heureux sont rares, mais que c'est encore ainsi qu'ils sont le moins rares. L'électricité sous aucune forme ne lui a paru utile. Le traitement iodé toujours prescrit ne lui laisse pas de conviction sûre.

M. Van Duyse, de l'Université de Gand, fait remarquer que la thérapeutique de l'atrophie tabétique des nerfs optiques est un des plus tristes chapitres de la pratique ophtalmologique. Il se déclare entièrement

partisan de l'opinion de M. de Wecker. Il n'a jamais, même en cas de syphilis avancée, administré les mercuriaux. Du moment que l'ophtalmoscope a reconnu l'atrophie papillaire, il dit que l'expérience des autres enseigne que les cures hydrargyriques et notamment les injections sous-cutanées, surtout celles-ci, déterminent une baisse, une chute plus rapide de l'acuité visuelle. Comme le nitrate d'argent, le mercure détermine souvent des douleurs ou les aggrave.

Il traite maintenant ses malades par l'iodure, les injections de strychnine, les toniques, les faibles courants galvaniques (anode : front ; catode : tempe). Pour varier le nitrate d'argent.

Une fois que le périmètre avait indiqué un rétrécissement périphérique marqué pour le vert, il a vu l'acuité visuelle, encore bonne, et le champ visuel diminuer rapidement. Il reconnaît que généralement c'est désespérant.

M. le docteur Nuël, de l'Université de Liège, a eu l'occasion de traiter une demi-douzaine de cas d'atrophie tabétique des nerfs optiques, certainement de nature spécifique. Tous ont abouti à la cécité, malgré un traitement antisiphilitique prolongé, consistant alternativement dans l'administration de mercuriaux par diverses voies et dans celle des iodures.

Il dit qu'il n'ose aller aussi loin que M. de Wecker et conclure à la nocivité de ce traitement. Mais son inefficacité lui semble, sinon prouvée, du moins très probable.

D'après M. le docteur Vacher, d'Orléans, la marche de l'atrophie tabétique des nerfs optiques est intime-

ment liée à la marche du tabes lui-même. Le tabes étant presque toujours d'origine syphilitique acquise ou héréditaire, c'est toujours au traitement syphilitique intensif qu'il faut s'adresser. Les syphilis les plus bénignes en apparence, même les syphilis ignorées du patient sont celles qui se compliquent le plus souvent de tabes, parce que dans le principe, le traitement spécifique a été négligé ou trop court.

Il déclare qu'il n'a absolument aucune confiance en l'iodure pour le traitement du tabes et pour le traitement de l'atrophie tabétique. Il s'adresse soit aux frictions mercurielles, soit aux injections intra-musculaires d'huile biiodurée ou de cyanure de mercure, soit aux injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

En dernier lieu, le résultat du traitement mercuriel intensif est d'autant plus actif et donne des résultats d'autant plus satisfaisants qu'il est commencé plus tôt, dès le début des troubles, avant que les lésions aient passé de la phase congestive à la phase atrophique qui est définitive. La névrite optique est curable, l'atrophie optique ne l'est pas, du moins à son avis, ajoute-t-il.

M. le docteur Valude, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, n'a jamais vu la moindre amélioration dans l'atrophie optique tabétique par le traitement spécifique.

En ce qui concerne l'aggravation par l'iodure, il ne l'a pas positivement constatée; l'iodure comme le mercure lui ont plutôt paru simplement impuissants.

M. le docteur Chevallereau, de Paris, n'a jamais vu d'atrophie papillaire d'origine tabétique être améliorée par le traitement mercuriel ou le traitement ioduré. Il

déclare qu'il a vu souvent, au contraire, cette atrophie évoluer rapidement pendant ce traitement. Le seul médicament qui lui ait paru avoir une influence sur la marche de l'atrophie papillaire d'origine tabétique, non pas en améliorant l'acuité visuelle, mais en ralentissant la progression de la cécité, toujours fatale, c'est la strychnine, sous une forme quelconque.

M. le docteur Jacqueau, de Lyon, dit que des observateurs d'égale valeur ont soutenu ou nié l'importance du traitement spécifique dans l'atrophie tabétique des nerfs optiques; d'autres, ajoute-t-il, comme M. de Wecker en effet l'accusent même de hâter la perte de la vue. Voici ce qu'il a constaté d'après ses observations personnelles :

Le traitement ioduré lui a toujours paru inutile, au moins employé seul. Plusieurs malades qu'il a pu suivre ont, malgré des doses énormes d'iodure, abouti d'une façon rapide à la cécité. Il ne saurait affirmer que l'iodure leur a été nuisible, mais dans tous les cas il ne croit pas qu'il leur ait été utile.

Il ajoute qu'il n'en est pas de même pour l'emploi du mercure. Deux malades dont l'atrophie semblait marcher assez vite et à qui il a pratiqué, pendant plusieurs mois, de injections de calomel, ont eu un arrêt dans l'évolution de la cécité et depuis un an et un an et demi paraissent à peu près stationnaires. D'autres malades ont néanmoins eu une aggravation progressive, mais elle lui a paru moins rapide que lorsqu'ils étaient soumis exclusivement au traitement ioduré. Il ajoute que dans presque tous les cas il a fait prendre de l'iodure à certains intervalles, en concomitance avec le mercure. Il

ne saurait donc affirmer que le mercure seul les a améliorés ou plutôt maintenus, mais ce qu'il déclare bien savoir, c'est que l'iodure employé seul ne semblait nullement arrêter la marche de la maladie.

Il résume ses impressions personnelles en disant que l'iodure employé seul lui paraît pour le moins inutile ; que le mercure, au contraire, lui paraît d'une certaine efficacité et que le traitement mixte n'est probablement pas plus utile que le traitement mercuriel simple.

D'après M. le docteur Parinaud, de Paris, l'utilité du traitement spécifique appliqué à l'atrophie des papilles tabétiques, est peu probable, et il n'est pas éloigné de croire que chez certains malades l'usage intensif de l'iodure est nuisible. Du reste, croyant peu à l'efficacité de ce traitement, il déclare que depuis longtemps il a pris l'habitude de le suspendre quand les malades le tolèrent mal. Il dit qu'il serait cependant téméraire de proclamer son inutilité, en présence de l'origine spécifique de plus en plus certaine du tabes, de l'existence à peu près constante de la lymphocytose dans cette maladie et des tentatives nouvelles que l'on fait pour son traitement.

Il rapporte trois cas qui montrent la difficulté de se prononcer sur la question. Un malade soigné par le docteur Babinski par des injections de calomel à doses intensives et ayant, avant ce traitement, une acuité $V = \frac{5}{20}$ dans un œil atteint d'atrophie de la papille, avait conservé la même acuité deux ans après.

Par contre, un autre malade soigné par les mêmes injections à doses intensives et l'usage de l'iodure à doses modérées, a été définitivement aveugle après cinq mois.

Le troisième cas, le plus remarquable, est celui d'un

malade, grand tabétique, dont l'atrophie de la papille est stationnaire depuis une quinzaine d'années. Or, ce malade ne s'est jamais soigné, du moins par le traitement spécifique, bien que son tabes soit certainement d'origine syphilitique.

M. le docteur H. Dor a bien voulu nous communiquer quelques renseignements sur la question qui nous occupe. Aux tabétiques atteints d'atrophie des papilles, il fait suivre un traitement par les frictions, les courants continus et les injections de strychnine. Quant à l'iodure, il déclare qu'il n'est jamais utile, qu'il vaut mieux ne pas en donner, car s'il n'est pas nuisible dans tous les cas, il peut cependant l'être dans certains cas.

M. le docteur H. Dor a bien voulu nous communiquer l'observation suivante, qui est intéressante :

Une jeune femme de 28 ans se présente à son cabinet avec une atrophie des deux nerfs optiques. Dans ses antécédents personnels, on trouve une fausse couche à cinq mois. Le 23 décembre 1902, date à laquelle elle vient consulter M. H. Dor, elle ne voyait pas à $1/200^e$. Ses reflexes rotuliens étaient abolis. La syphilis fut soupçonnée. Traitée auparavant par un autre médecin qui lui fit prendre du mercure et de l'iodure, sa vue avait constamment baissé. Depuis le 2 janvier 1903, elle fut soumise à des frictions avec l'onguent gris (1 mois), puis à des injections de calomel (7 injections), en même temps qu'à des courants continus de 5 millièmes ampères sur les deux tempes, et à des injections de strychnine. A ce moment, elle ne prenait plus d'iodure. A la date du 10 mars, elle avait une acuité visuelle égale à $1/30^e$. A l'heure actuelle, elle ne voit pas encore bien les

couleurs. Elle n'a pas de limitation du champ visuel.

Telles sont actuellement les opinions des ophtalmologistes, étrangers et français surtout, sur la question très intéressante du traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques, surtout envisagée au point de vue de l'utilité ou non qu'il y a à employer la médication iodurée dans ces cas-là. Nous sommes heureux de permettre au lecteur de cet ouvrage, de comparer entre elles les impressions tout à fait personnelles des oculistes éminents que nous avons eu l'honneur de citer dans notre thèse.

CHAPITRE IV

Notre but en prenant ce sujet de thèse était surtout de faire connaître l'opinion d'un grand nombre d'ophtalmologistes sur la valeur du traitement mercuriel et ioduré principalement dans l'atrophie tabétique du nerf optique. Nous venons de rapporter plus haut les impressions personnelles des oculistes éminents, à qui nous avons fait appel et qui ont bien voulu nous faire réponse. Nous pouvons maintenant essayer d'arriver à quelques conclusions pratiques.

Nous avons reçu les réponses de 26 ophtalmologistes.

Leur opinion sur la valeur du traitement hydrargyrique dans le cas que nous envisageons, est la suivante :

Douze, soit 46 pour 100, déclarent que le mercure est utile et qu'il faut en donner.

Onze, soit 42 pour 100, déclarent que le mercure est tout à fait inutile et qu'il faut traiter l'atrophie tabétique des papilles optiques par d'autres médications.

Trois, soit 11,5 pour 100, disent qu'il est nuisible.

Pour ce qui est de l'utilité de l'emploi de l'iodure, les avis se partagent de la façon suivante :

Trois, soit 11,5 pour 100, soutiennent que le traitement ioduré est utile et amène une amélioration ou maintient un état stationnaire.

Dix-neuf, soit 73 pour 100, prétendent que l'iodure dans ces cas-là est inutile, parce qu'il est impuissant.

Quatre, soit 15,38 pour 100, déclarent que l'iodure est nuisible.

Nous voyons donc que pour le mercure, la question reste encore pendante. Les uns le prescrivent à doses intensives, d'autres ne croyant pas à son efficacité, évitent de l'employer.

Pour l'iodure, les avis semblent également partagés à première vue, mais il n'en est rien. A peine quelques oculistes le reconnaissent utile ; d'autres le regardent comme nuisible et la très grande majorité des ophtalmologistes ne le prescrivent jamais, car il est pour eux absolument sans aucune action sur l'atrophie tabétique des nerfs optiques. Donc, c'est là un point capital : l'iodure, de l'avis de presque tous les oculistes, est, sinon nuisible, du moins tout à fait inutile. Par conséquent, nous ne comprenons pas pourquoi on le prescrit encore dans ces cas-là.

M. L. Dor avait remarqué depuis quelques années que l'iodure ne réussissait pas aux tabétiques atteints d'atrophie de la papille. Au lieu d'avoir une amélioration ou un état stationnaire, il faisait la remarque que ses malades devenaient plus rapidement aveugles. Peu à peu il est arrivé à se méfier de l'iodure et à le croire plutôt nuisible qu'utile dans ces cas-là et voici pourquoi :

M. L. Dor a eu l'occasion d'observer trois malades atteints d'atrophie congénitale du nerf optique. Cette affection est due, comme nous le savons, à une étroitesse congénitale du trou optique. Elle fait son apparition vers l'âge de l'adolescence.

C'est une affection essentiellement familiale. Les cas que nous rapportons en sont un très bel exemple. Les malades qui en sont atteints voient leur vue diminuer vers l'âge de 18 à 20 ans. On observe chez eux la perte de la vision centrale, avec intégrité de la vision périphérique. Ce fait tient à ce que les fibres nerveuses centrales du nerf optique dégénèrent sous l'action des pressions concentriques qu'elles supportent. Les malades du reste ne deviennent jamais complètement aveugles. Ils perdent la vision centrale, mais gardent la vision périphérique.

M. L. Dor rapporte les trois cas suivants, qui sont des plus instructifs.

Dans une même famille trois frères sont pris, successivement, vers l'âge de l'adolescence, des symptômes d'atrophie congénitale du nerf optique. Deux des frères soignés par M. Dor ont conservé leur vision périphérique et à l'heure actuelle leur état est stationnaire et le sera toujours. Ils n'ont jamais pris d'iodure. Le troisième, soigné par un autre confrère, a été traité par l'iodure de potassium à hautes doses. En peu de temps il est devenu complètement aveugle et l'est toujours actuellement. Pour M. L. Dor, ce dernier malade ne serait pas devenu plus aveugle que ses deux frères, s'il n'avait pas été traité par l'iodure et il explique l'apparition de la cécité chez ce malade en disant que l'iodure

étant un vaso-dilatateur amène un plus grand afflux de sang au niveau du nerf optique et les fibres nerveuses comprimées dans un trou optique congénitalement rétréci, dégénèrent plus vite.

Or pourquoi ne pas invoquer la même pathogénie dans les cas d'atrophie tabétique des nerfs optiques traités par l'iodure à hautes doses ? Pourquoi dans ce cas, comme dans l'autre, l'iodure n'entraînerait-il pas par la vaso-dilatation qu'il produit, une constriction plus grande des fibres nerveuses, et par suite leur dégénérescence plus rapide ? Cette explication nous semble des plus logiques, et nous l'admettons volontiers.

Donc ce qui nous semble ressortir de cette étude, c'est ce que l'on a peut-être, jusqu'ici, trop abusé de l'iodure de potassium dans les cas d'atrophie tabétique des nerfs optiques. Du reste, nous le répètons, si les avis sont encore partagés sur l'utilité du mercure dans ces cas-là, ils ne le sont pour ainsi dire plus sur celle de l'iodure. Généralement reconnu inutile, même nuisible, l'iodure n'est plus guère prescrit aujourd'hui par les ophtalmologistes. Dans ces conditions ne vaut-il pas beaucoup mieux ne pas l'employer et avoir plutôt recours à d'autres médications qui, elles, si elles ne sont pas plus utiles, n'auront certainement pas du moins l'inconvénient d'être préjudiciables au malade. Donc il ne faut plus prescrire la médication iodurée aux tabétiques atteints d'atrophie papillaire.

CONCLUSIONS

I. — La médication iodurée ne doit pas être employée dans les cas d'atrophie tabétique des nerfs optiques. En effet il est fort peu d'ophtalmologistes qui, à l'heure actuelle, croient à l'efficacité du traitement ioduré dans ces cas-là. La grande majorité admettent au contraire qu'il est inutile et absolument impuissant. Quelques oculistes même lui font le reproche d'être nuisible, en ce sens qu'il hâte la perte de la vue, au lieu de l'arrêter.

II. — Quant à la question de savoir si l'on doit ou non employer le traitement hydrargyrique, elle n'est pas encore tranchée pour le moment. Pour certains ophtalmologistes, il est utile ; pour d'autres il est inutile ; quelques-uns enfin lui font, comme à l'iode, le reproche d'être préjudiciable au malade.

VU :

Le Président de la thèse,
PONCET

VU :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
A. LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 25 Mars 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- DE WECKER. — Le danger du traitement spécifique dans l'atrophie tabétique des nerfs optiques. (*Annales d'oculistique*, janvier 1899).
- L. DOR. — Traitement de l'atrophie tabétique des nerfs optiques. (*Lyon Médical*, 1^{er} mars 1903).
-

